

# Health Care for the Homeless

## Autorización para divulgar o obtener información médica (incluida la información en papel, oral y electrónica)

Nombre:	Fecha de solicitud:
Dirección de envío:	Fecha de nacimiento:
Ciudad/Estado/Código postal:	Seguridad Social #:

**Yo autorizo:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección de envío: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**DIVULGAR información A**      u       **OBTENER Información DE**  
 (Coloque una "X" en la casilla que indica si la información se divulga O se solicita).

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección de envío: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

El Propósito de esta Autorización se indica en las casillas a continuación.  
 (Marque con una "X" las casillas que correspondan).

- Atención médica adicional       Personal       Investigación o Acción Legal  
 Médicos cambiantes       Tratamiento relacionado con la investigación  
 Crear información de salud para divulgarla a un tercero  
 Otro: (Especificar) \_\_\_\_\_

**Autorizo la divulgación de la siguiente información médica protegida:**

(Coloque una "X" en las casillas que correspondan a la información que desea divulgar o que desea obtener).

- Registro complete       Historial Médico/Examen/Informes       Informes Quirúrgicos       Tratamiento o Pruebas  
 Recetas       Vacunas       Registros hospitalarios, incluidos los informes       Informes de laboratorio  
 Informes de rayos X       Registros MR/DD       Otro: \_\_\_\_\_

**De conformidad con las leyes estatales y/o federales que requieren un permiso especial para divulgar información privilegiada, divulgue los siguientes registros:**

- Alcoholismo       Abuso de Drogas       Salud mental       Rehabilitación vocacional       VIH (SIDA)  
 Enfermedades de transmisión sexual       Genética       Notas de psicoterapia  
 Otro \_\_\_\_\_

**Esta autorización vencerá el \_\_\_\_\_ (fecha o evento) y es necesaria para el período que comienza en \_\_\_\_\_ y finaliza en \_\_\_\_\_.**

Entiendo que si no especifico una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá a los seis (6) meses a partir de la fecha en que se firmó. Reconozco que he leído las páginas 1 y 2 de este formulario. Autorizo una copia (incluida una copia electrónica o enviada por fax) de este formulario para la divulgación de la información descrita anteriormente.

\_\_\_\_\_  
 Firma de la persona física o del representante personal autorizado por la ley      Fecha

\_\_\_\_\_  
 Testigo de agencia      Fecha